

PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

CONTRATO DE ADESÃO

PLANO DE SAÚDE — ASSISTÊNCIA MÉDICA - CONSUMIDOR

EMENTA

Local e Data: A (nome da empresa) A/C (endereçar ao SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente, ou à diretoria da empresa) Prezados Senhores, Em (inserir data do início do benefício), passei a ser beneficiário do plano/seguro de saúde (inserir a categoria do plano/seguro, modalidade individual/familiar), pertencente à (inserir o nome do empregador / sindicato / associação responsável pelo plano/seguro), contratada por Vs. Sas. para prestar assistência privada à saúde ao grupo de (funcionários / associados / sindicalizados). Em (inserir data), foi rompida a relação que eu mantinha com (inserir o nome do empregador / sindicato / associação responsável pelo contrato coletivo). Ocorre que, ainda que tenha havido ruptura de meu vínculo com o contrato com (inserir o nome do empregador / sindicato / associação responsável pelo contrato coletivo), pretendo manter meu contrato de assistência à saúde com essa empresa de assistência à saúde. Negar esse meu direito representa ofensa ao Código de Defesa do Consumidor, especialmente artigos 4º, 6º, IV, 51, IV e parágrafo 1º, incisos I a III e implica em sério prejuízo, já que eu seria obrigado a adquirir novo contrato, ficando sujeito ao cumprimento de novas e longas carências. Diante do exposto, solicito a manutenção do meu contrato (e de minha família, se for o caso). Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de consumidor, agradeço antecipadamente. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo de 10 (dez) dias, serão adotadas as medidas cabíveis. Atenciosamente, Nome, assinatura, meios de contato - telefone, endereço, fax, e-mail